



# **A T T O**

  

# **A Z I E N D A L E**

**DIRETTORE GENERALE:**  
**Ing. Giorgio RABINO**

---

**Controllo Interno e Organi Collegiali**  
**Dirigente Responsabile: dott. Fabrizio BLANC**

# **TITOLO I**

## **ELEMENTI IDENTIFICATIVI E PRINCIPI GENERALI**

### **Articolo 1**

#### **Denominazione e sede legale**

Nel perseguimento dei propri fini istituzionali, l'Azienda Sanitaria Locale TO3, istituita con D.P.G.R. 17 dicembre 2007 n. 82 in attuazione della D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'Azienda dell'A.S.L. TO3 è definita, in ottemperanza a quanto stabilito dalla L.R. 18/2007, con provvedimento della Giunta Regionale, su proposta del Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci dell'A.S.L. TO3.

Le sedi operative vengono distribuite sul territorio aziendale in funzione delle necessità organizzative e dei bisogni della popolazione; le loro ubicazioni sono riportate nella Carta dei Servizi.

Il Codice Fiscale e Partita IVA dell'A.S.L. TO3 è 09735650013.

### **Articolo 2**

#### **Comuni di riferimento**

Il territorio sul quale l'A.S.L. TO3 esercita la propria competenza ricomprende 109 Comuni che, in applicazione della normativa regionale vigente, sono suddivisi in nove distretti così come risulta dal sotto riportato prospetto:

<b>COMUNI ASL TO3</b>	<b>DISTRETTO</b>
Collegno	Collegno
Grugliasco	Collegno
Coazze	Giaveno
Giaveno	Giaveno
Reano	Giaveno
Sangano	Giaveno
Trana	Giaveno

Valgioie	Giaveno
Beinasco	Orbassano
Bruino	Orbassano
Orbassano	Orbassano
Piossasco	Orbassano
Rivalta Torinese	Orbassano
Volvera	Orbassano
Airasca	Pinerolo
Buriasco	Pinerolo
Campiglione Fenile	Pinerolo
Cantalupa	Pinerolo
Cavour	Pinerolo
Cercenasco	Pinerolo
Cumiana	Pinerolo
Frossasco	Pinerolo
Garzigliana	Pinerolo
Macello	Pinerolo
Osasco	Pinerolo
Pinerolo	Pinerolo
Piscina	Pinerolo
Prarostino	Pinerolo
Roletto	Pinerolo
San Pietro Val Lemina	Pinerolo
San Secondo di Pinerolo	Pinerolo
Scalenghe	Pinerolo
Vigone	Pinerolo
Villafranca Piemonte	Pinerolo
Virle Piemonte	Pinerolo
Fenestrelle	Valli Chisone e Germanasca
Inverso Pinasca	Valli Chisone e Germanasca
Massello	Valli Chisone e Germanasca
Perosa Argentina	Valli Chisone e Germanasca
Perrero	Valli Chisone e Germanasca
Pinasca	Valli Chisone e Germanasca
Pomaretto	Valli Chisone e Germanasca
Porte	Valli Chisone e Germanasca
Pragelato	Valli Chisone e Germanasca
Prali	Valli Chisone e Germanasca
Pramollo	Valli Chisone e Germanasca
Roure	Valli Chisone e Germanasca
Salza di Pinerolo	Valli Chisone e Germanasca
San Germano Chisone	Valli Chisone e Germanasca
Sestriere	Valli Chisone e Germanasca
Usseaux	Valli Chisone e Germanasca

Villar Perosa	Valli Chisone e Germanasca
Rivoli	Rivoli
Rosta	Rivoli
Villarbasse	Rivoli
Almese	Susa
Avigliana	Susa
Bardonecchia	Susa
Borgone di Susa	Susa
Bruzolo	Susa
Bussoleno	Susa
Buttigliera Alta	Susa
Caprie	Susa
Caselette	Susa
Cesana Torinese	Susa
Chianocco	Susa
Chiomonte	Susa
Chiusa San Michele	Susa
Claviere	Susa
Condove	Susa
Exilles	Susa
Giaglione	Susa
Gravere	Susa
Mattie	Susa
Meana di Susa	Susa
Mompantero	Susa
Moncenisio	Susa
Novalesa	Susa
Oulx	Susa
Rubiana	Susa
Salbertrand	Susa
San Didero	Susa
San Giorio	Susa
Sant'Ambrogio	Susa
Sant'Antonino	Susa
Sauze d'Oulx	Susa
Sauze di Cesana	Susa
Susa	Susa
Vaie	Susa
Venaus	Susa
Villardora	Susa
Villarfocchiardo	Susa
Angrogna	Val Pellice
Bibiana	Val Pellice
Bobbio Pellice	Val Pellice
Bricherasio	Val Pellice
Luserna San Giovanni	Val Pellice
Lusernetta	Val Pellice

Rorà  
Torre Pellice  
Villar Pellice  
Alpignano  
Druento  
Givoletto  
La Cassa  
Pianezza  
San Gillio  
Valdellatorre  
Venaria

Val Pellice  
Val Pellice  
Val Pellice  
Venaria  
Venaria  
Venaria  
Venaria  
Venaria  
Venaria  
Venaria  
Venaria

### **Articolo 3**

#### **Logo – Scopo – Mission**

Il logo dell’Azienda, derivante dagli identificativi delle disciolte Aziende Sanitarie n. 5 – Collegno e n. 10 - Pinerolo è il seguente:



La tutela della salute, come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, costituisce la mission dell’A.S.L. TO3, struttura pubblica posta al servizio della comunità presente sul territorio.

L’A.S.L. TO3 ha lo scopo di assicurare la tutela della salute psico-fisica della popolazione, attraverso l’erogazione delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei livelli essenziali ed uniformi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e secondo gli obiettivi generali e di salute stabiliti dal Piano Sanitario della Regione Piemonte coerentemente con le evidenze epidemiologiche e nell’ambito delle risorse umane e materiali disponibili.

### **Articolo 4**

#### **Valore etico fondante**

Il valore etico fondante dell’Azienda Locale TO3 è quello di:

- *prendersi cura* dei pazienti, rispondendo in modo adeguato e nel rispetto delle conoscenze elaborate dalla medicina ai loro bisogni di salute,

- ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti – pazienti;
- *prendersi cura* di coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda, assicurando idonei percorsi formativi e di crescita professionale in relazione alle capacità di ognuno, nonché assicurando la tutela della sicurezza e della salute sui luoghi di lavoro;
  - *prendersi cura* delle risorse materiali a disposizione evitando gli sprechi e verificando per ogni attività il rapporto costo/beneficio;
  - *prendersi cura* della legalità, assicurando che gli atti ed i comportamenti posti in essere siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti sia a livello nazionale che a livello regionale;
  - *prendersi cura* dei portatori di interessi garantendo relazioni trasparenti e volte al reciproco confronto con le istituzioni locali; le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato.

## **Articolo 5**

### **Principi Aziendali**

L'A.S.L. TO3 agisce nel più totale e assoluto rispetto dei seguenti principi:

- **Uguaglianza:** è esclusa qualsiasi discriminazione legata a razza, nazionalità, sesso, età, religione e convinzione politica, garantendosi il medesimo trattamento, parità di condizione del servizio erogato, a prescindere dall'area geografica di residenza e/o dalla fascia sociale di appartenenza del cittadino;
- **Imparzialità:** l'azione dell'A.S.L. TO3 è guidata dai criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità;
- **Efficacia ed efficienza:** è perseguito l'obiettivo del progressivo continuo miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, adottando le soluzioni tecnologiche, organizzative e procedurali più funzionali allo scopo;
- **Diritto di scelta:** il cittadino ha diritto di scegliere la struttura sanitaria che ritiene possa rispondere meglio alle proprie esigenze.

Inoltre l'A.S.L. TO3, in coerenza con la missione aziendale, adotta i seguenti valori aziendali:

- **Qualità:** per raggiungere il più alto livello di soddisfazione dei cittadini, l'A.S.L. TO3 persegue l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità attraverso la definizione di un sistema qualità aziendale globale ovvero la qualità tecnico/professionale del servizio, la qualità relazionale e quella organizzativa, economica e del comfort.
- **Comunicazione:** la comunicazione interna ed esterna all'Azienda e la rete di relazioni con gli altri interlocutori che concorrono a produrre servizi sanitari

sono fondamentali per migliorare le prestazioni erogate e per promuovere un'immagine dell'Azienda rispondente alla propria mission oltreché accrescere il coinvolgimento e la motivazione degli operatori.

- **Innovazione:** l'A.S.L. TO3 si propone di stimolare, valorizzare e riconoscere le soluzioni innovative proposte in ogni ambito di attività in quanto fattore determinante di sviluppo e di crescita.
- **Formazione:** la formazione è indispensabile per migliorare, arricchire ed aggiornare le competenze individuali e collettive durante l'intero arco di vita professionale dei dipendenti e costituisce il supporto per l'apprendimento e l'interiorizzazione dei valori aziendali.
- **Stile di direzione:** l'A.S.L. TO3 adotta uno stile di direzione che promuove la responsabilità diffusa, facendo largo ricorso all'istituto della delega e riconoscendo larga autonomia agli operatori nell'esercizio delle attività loro assegnate.

## **Articolo 6**

### **Il patrimonio**

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili a essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità come risultanti a libro cespiti.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione senza l'autorizzazione della Regione.

L'Azienda adotta apposito regolamento contenente le norme in materia di amministrazione e gestione del patrimonio, dove sono altresì individuati i criteri per la destinazione d'uso dei beni appartenenti al patrimonio disponibile, ai fini della loro salvaguardia, valorizzazione e redditività.

## **TITOLO II GLI ORGANI AZIENDALI**

### **Articolo 7**

#### **Definizioni**

Gli organi dell'Azienda sono il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

### **Articolo 8**

#### **Direttore Generale**

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda Sanitaria ed è l'organo a cui competono le funzioni di indirizzo e di controllo che vengono esercitate attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, in condizioni di massima efficienza ed efficacia, avvalendosi delle strutture di staff e di line, unitamente alla valutazione dell'effettiva realizzazione dei risultati.

Spettano in particolare al Direttore Generale:

- a) l'adozione dell'atto aziendale, del piano di attività annuale, dei regolamenti e delle convenzioni Aziendali;
- b) l'adozione del Piano di Organizzazione Aziendale;
- c) la scelta e la revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- d) la nomina del Collegio Sindacale acquisite le designazioni di competenza, la nomina del Collegio di Direzione, del Collegio Tecnico di cui all'art. 15 comma 5 del D.Lgs. 502/1992 e la proclamazione del Consiglio dei Sanitari;
- e) l'approvazione del bilancio di previsione, delle relative variazioni, del conto consuntivo;
- f) l'assegnazione del budget annuale di spesa ai Direttori e ai Responsabili di struttura;
- g) la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale;
- h) i programmi di spesa pluriennale;
- i) la nomina e la revoca dell'incarico di direzione/responsabilità delle strutture aziendali nonché il conferimento degli incarichi di natura

- professionale e delle posizioni organizzative per il personale del comparto;
- j) la validazione dei piani di attività annuali dipartimentali;
  - k) l'approvazione del programma delle attività territoriali;
  - l) la disciplina dell'attività libero-professionale intramoenia;
  - m) l'adozione dei provvedimenti concernenti le liti attive e passive e le relative transazioni;
  - n) i programmi triennali, i progetti preliminari, definitivi ed esecutivi unitamente all'elenco annuale dei lavori pubblici;
  - o) le attività inerenti la comunicazione aziendale interna ed esterna, l'informazione ai cittadini, il rapporto con i mass media.

Il Direttore Generale esercita le predette funzioni con atti di diritto privato o, nei soli casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi. Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme nei limiti previsti dal codice civile e dalle leggi speciali.

## **Articolo 9**

### **Il Collegio sindacale**

Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale ex art. 3, comma 13 del D.Lgs. 502/1992:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'A.S.L. TO3 alla Conferenza dei Sindaci.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni ed è costituito in ottemperanza a quanto previsto dal D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.

I componenti del Collegio Sindacale, in quanto organi istituzionali dell'Azienda, ispirano l'esercizio delle proprie funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa con la Direzione Generale Aziendale, favorendo costanti e reciproche forme di coinvolgimento e di consultazione con particolare riferimento alla fase istruttoria dei provvedimenti più rilevanti di programmazione e di gestione.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che di diritto privato dell'Azienda.

## **TITOLO III**

### **ALTA DIREZIONE E ORGANISMI COLLEGIALI**

---

#### **Articolo 10**

#### **Definizioni**

Costituiscono la Direzione generale, unitamente al Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario.

Gli organismi aziendali sono il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari ed il Nucleo di Valutazione.

#### **Articolo 11**

#### **Il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni concorrendo, con la predisposizione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale con particolare riferimento agli aspetti giuridici, amministrativi ed economico-finanziari.

Il Direttore Amministrativo, assumendo diretta responsabilità delle funzioni ad esso attribuite, svolge le seguenti attività:

- a) dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità alle disposizioni del Direttore Generale e nel rispetto delle attribuzioni della dirigenza aziendale;
- b) collabora con il Direttore Sanitario alla elaborazione del Piano di attività in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;
- c) coordina l'attività dei Dipartimenti tecnico-amministrativi dell'Azienda;
- d) compie gli atti delegatigli dal Direttore Generale;
- e) è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi aziendali, che sottoscrive unitamente al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario;
- f) tutte le altre attività ad esso demandate dalla normativa vigente.

Gli atti posti in essere dal Direttore Amministrativo possono assumere la forma dei decreti.

## **Articolo 12**

### **Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni concorrendo, con la predisposizione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni del Direttore Generale con particolare riferimento agli aspetti clinico e sanitari.

Il Direttore Sanitario, assumendo diretta responsabilità delle funzioni ad esso attribuite, svolge le seguenti attività:

- a) dirige i servizi sanitari dell'Azienda in conformità alle disposizioni del Direttore Generale e nel rispetto delle attribuzioni della dirigenza aziendale;
- b) collabora con il Direttore Amministrativo alla elaborazione del Piano di attività in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;
- c) coordina l'attività delle Direzioni Sanitarie Integrate dell'Azienda;
- d) compie gli atti delegatigli dal Direttore Generale;
- e) presiede il Consiglio dei Sanitari;
- g) è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi aziendali, che sottoscrive unitamente al Direttore Generale ed al Direttore Amministrativo;
- f) sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- g) tutte le altre attività ad esso demandate dalla normativa vigente.

Gli atti posti in essere dal Direttore Sanitario possono assumere la forma dei decreti.

## **Articolo 13**

### **Collegio di Direzione**

Il Direttore Generale, nell'esercizio delle funzioni di governo e di direzione strategica, è coadiuvato dal Collegio di Direzione.

Il Collegio di Direzione, nominato con deliberazione del Direttore Generale, è presieduto dal Direttore Generale ed è formato dai seguenti componenti:

- a) Direttore Amministrativo;
- b) Direttore Sanitario;
- c) Responsabili delle Direzioni Integrate;
- d) Direttori di Dipartimento strutturale;
- e) Direttori di area funzionale/Dipartimento funzionale;
- f) Direttori di Presidio degli Ospedali Riuniti di Pinerolo e di Rivoli;
- g) Direttori di Distretto;
- h) il Dirigente Responsabile della S.C. Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo.

Al Collegio di Direzione possono partecipare, laddove sia ritenuta necessaria la loro presenza, i Direttori delle strutture aziendali nonché i coordinatori delle commissioni per il governo clinico.

Il Collegio di Direzione esprime il proprio parere tecnico-consultivo nelle seguenti materie:

- a) programmazione e organizzazione dei servizi e governo delle attività cliniche;
- b) governo e organizzazione delle attività cliniche rispetto agli obiettivi prefissati;
- c) strumenti di programmazione e controllo (allocazione delle risorse; bilancio e piano di attività; preventivi e consuntivi; piani di rientro)
- d) soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- e) verifica risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
- f) programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria;
- g) tutte le altre attività ad esso demandate dalla normativa vigente.

Con apposito regolamento da adottarsi entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto da parte della Giunta Regionale, viene disciplinata l'organizzazione e le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione.

#### **Articolo 14**

### **Il Consiglio dei Sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda Sanitaria con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria; dura in carica 5 anni e deve essere rinnovato entro 30 giorni dalla sua scadenza.

Il Consiglio dei Sanitari dell'A.S.L.TO3, presieduto dal Direttore Sanitario, è composto ai sensi della D.G.R. n. 81-1701 dell'11/12/2000 da:

- a) tre rappresentanti del personale sanitario laureato non medico di cui 1 farmacista, 1 psicologo e 1 biologo o chimico o fisico;
- b) un rappresentante del personale medico veterinario;
- c) due rappresentanti del personale infermieristico;
- d) due rappresentanti del personale tecnico sanitario;
- e) sette rappresentanti del personale medico dei presidi ospedalieri;
- f) un rappresentante del personale medico dei servizi del territorio;
- g) un rappresentante dei medici di medicina generale convenzionati;
- h) un rappresentante dei pediatri di libera scelta convenzionati;
- i) un rappresentante del personale della medicina specialistica convenzionata, con attribuzione di incarico a tempo indeterminato;
- j) un rappresentante del personale della medicina dei servizi e della guardia medica.

Al Consiglio dei Sanitari possono partecipare, oltre ai Responsabili delle Direzioni Integrate, i Direttori delle strutture aziendali nonché i coordinatori delle commissioni per il governo clinico per l'esame di particolari tematiche e su invito del Direttore Sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari esprime il proprio parere nelle materie previste dalla normativa nazionale e regionale vigente ed i pareri si intendono favorevoli decorsi 15 giorni dalla richiesta del Direttore Generale.

Con apposito regolamento da adottarsi entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto da parte della Giunta Regionale, viene disciplinata l'organizzazione e le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari.

## **Articolo 15**

### **Il Nucleo di Valutazione**

Il Nucleo di Valutazione è nominato con apposita deliberazione del Direttore Generale ed è composto:

- dal Direttore Amministrativo;
- dal Direttore Sanitario;
- da tre componenti esterni all'Azienda, di comprovata esperienza in materia sanitaria e di organizzazione aziendale.

Il Nucleo di Valutazione dura in carica tre anni.

Il Nucleo di Valutazione per lo svolgimento delle proprie funzioni si avvale delle strutture dell'A.S.L. TO3 e, in particolare, della struttura a cui è demandato il controllo di gestione.

Tra i compiti assegnati dalla normativa al Nucleo di Valutazione si evidenzia la valutazione annuale dei risultati di gestione dei dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato oltre che il controllo strategico ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 286/1999.

## **TITOLO IV LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

### **Articolo 16**

#### **Principi generali**

L'organizzazione dell'A.S.L. TO3 è strutturata affinché vengano correttamente poste in essere le seguenti funzioni:

- a) funzioni di governo, intendendosi per tali l'insieme delle attività concernenti la pianificazione, la programmazione, gli atti di alta amministrazione ed il controllo strategico;
- b) funzioni di produzione dei servizi sanitari, costituite dall'insieme delle attività volte alla produzione dei servizi ospedalieri e territoriali, unitamente alle attività di prevenzione diagnosi e cura,;
- c) funzioni di tutela, costituite dall'insieme delle attività finalizzate a garantire lo stato di salute dei cittadini;
- d) funzioni di supporto al sistema centrale, intendendosi per tali quelle relative all'erogazione di beni e servizi alle varie strutture.

### **Articolo 17**

#### **Identificazione delle articolazioni organizzative e criteri per la loro istituzione**

Le articolazioni organizzative operanti all'interno dell'Azienda sono le seguenti:

- a) direzioni integrate;
- b) dipartimenti strutturali;
- c) aree funzionali/dipartimenti funzionali;
- d) distretti;
- e) strutture operative.

Alle Direzioni Integrate è attribuito il compito di analizzare, coordinare e razionalizzare i procedimenti gestionali ed assistenziali posti in essere dalle strutture che alla stessa fanno riferimento.

I Responsabili delle Direzioni Integrate costituiscono i principali interlocutori della Direzione Generale e costituiscono i "trait d'union" con gli altri livelli organizzativi presenti in Azienda.

I dipartimenti sono costituiti dall'aggregazione di più strutture al fine di consentire lo svolgimento di processi gestionali che richiedono un elevato grado decisionale.

Le aree funzionali sono costituite dall'aggregazione di più strutture complesse e semplici operanti con obiettivi assistenziali comuni ovvero per facilitare l'erogazione di prestazioni a favore di specifiche categorie di pazienti per massimizzare l'efficacia e la qualità delle prestazioni medesime.

I Distretti assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie, compenetrandosi in tale contesto organizzativo le funzioni di tutela e di produzione di servizi sanitari; i Distretti costituiscono altresì il punto di accesso ai servizi presenti nell'ambito territoriale di riferimento.

Le strutture operative rappresentano l'ulteriore articolazione organizzativa presente nell'A.S.L. TO3 e si distinguono in strutture complesse e in strutture semplici a seconda del tipo di processi gestiti.

L'elenco delle direzioni integrate; dei dipartimenti strutturali; delle aree funzionali/dipartimenti funzionali; dei distretti e delle strutture operative, è contenuto nel Piano di Organizzazione Aziendale di cui all'articolo successivo.

## **Articolo 18**

### **Il Piano di Organizzazione**

Il Piano di Organizzazione, approvato con deliberazione del Direttore Generale in attuazione del presente atto aziendale, rappresenta uno strumento flessibile che può essere periodicamente aggiornato e ridefinito alla luce degli interventi che vengono realizzati.

Il Piano di Organizzazione Aziendale disciplina in particolare:

- a) l'individuazione delle strutture organizzative;
- b) le declaratorie delle competenze delle strutture Aziendali;
- c) le dotazioni organiche complessive sia in termini quantitativi che qualitativi da assegnare alle strutture organizzative;
- d) l'articolazione funzionale complessiva delle strutture organizzative.

## **CAPO I LE DIREZIONI INTEGRATE**

### **Articolo 19**

#### **Definizione di Direzione Integrata**

La "direzione integrata" costituisce una articolazione funzionale a cui sono attribuiti compiti di integrazione, coordinamento e collegamento funzionale nei confronti delle strutture che alla stessa fanno riferimento.

La direzione integrata rappresenta la prima istanza di confronto con la Direzione Generale per quanto concerne le tematiche di natura programmatoria ed organizzativa.

### **Articolo 20**

#### **Obiettivi delle direzioni integrate**

Gli obiettivi generali perseguiti con la previsione delle direzioni integrate sono i seguenti:

- a) organizzazione e coordinamento della rete di servizi sanitari, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurarne adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità;
- b) coordinamento delle attività aziendali che concorrono ad assicurare i Livelli essenziali di Assistenza così come definiti dalla normativa vigente;
- c) miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del rapporto fra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- d) coordinamento e concertazione con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- e) razionalizzazione e sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale.

## **Articolo 21**

### **Il Responsabile della Direzione Integrata**

Il Responsabile della Direzione Integrata viene nominato dal Direttore Generale con specifico atto in cui vengono esplicitate le modalità di svolgimento dell'incarico.

Al Responsabile della Direzione Integrata compete in particolare di:

- a) attuare le disposizioni impartite dalla Direzione Aziendale, verificando in particolare la concreta realizzazione delle stesse da parte dei Dipartimenti e delle strutture afferenti;
- b) rappresentare le strutture di riferimento nei rapporti con la Direzione Aziendale e con organismi esterni;
- c) partecipare al Collegio di Direzione;
- d) verificare ed avallare i piani di attività dei Dipartimenti e delle strutture collocate in staff alla stessa; la valutazione periodica dello stato di attuazione con proposta delle eventuali variazioni, garantendone la congruità con gli obiettivi regionali ed aziendali;
- e) concorrere alla valutazione dell'operato dei direttori e dei responsabili delle strutture di riferimento.

## **Articolo 22**

### **Risorse attribuite alla direzione integrata**

Alle Direzioni Integrate possono essere assegnate risorse per lo svolgimento dell'attività in termini di strutture, personale ed attrezzature, anche in relazione alle singole aree omogenee di funzionamento.

## **CAPO II I DIPARTIMENTI**

### **Articolo 23**

#### **Definizione di Dipartimento**

Il Dipartimento è costituito da strutture complesse e/o semplici omogenee, affini e complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia operativa e responsabilità professionale; nella realizzazione dei Dipartimenti l'A.S.L. TO3 si attiene a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento.

### **Articolo 24**

#### **Obiettivi dell'organizzazione dipartimentale**

Gli obiettivi generali perseguiti con l'organizzazione dipartimentale sono i seguenti:

- a) la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo;
- b) il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione ed aggiornamento;
- c) utilizzazione ottimale dei posti letto, degli spazi assistenziali, del personale e delle apparecchiature, che deve essere finalizzata ad una migliore gestione delle risorse a disposizione;
- d) coordinamento con le relative attività extraospedaliere per una integrazione dei servizi dipartimentali con quelli del territorio ed in particolare con i Distretti e con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- e) studio, applicazione e verifica di sistemi protocolli, per conferire la maggiore possibile omogeneità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;
- f) studio e applicazione di sistemi integrati di gestione, anche attraverso il collegamento informatico all'interno del Dipartimento e tra Dipartimenti, allo scopo di consentire l'interscambio di informazioni ed immagini, l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati, nonché l'utilizzazione della telematica secondo gli sviluppi che la tecnologia nel tempo consentirà;
- g) individuazione e promozione di nuove attività o di nuovi modelli operativi nello specifico campo di competenza.

## **Articolo 25**

### **Il Direttore di dipartimento**

Il Direttore di Dipartimento viene nominato dal Direttore Generale ed è scelto fra i direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento stesso.

Al Direttore di Dipartimento compete di:

- a) coordinarsi con il Responsabile della Direzione Integrata per realizzare le strategie della Direzione Aziendale;
- b) predisporre la proposta di piano di attività annuale del Dipartimento, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili;
- c) assicurare il regolare funzionamento operativo del Dipartimento, promuovendo le verifiche periodiche sulla qualità ed attuando i modelli organizzativi interni secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento di cui al successivo art. 26;
- d) rappresentare il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Integrata.

## **Articolo 26**

### **Il Comitato di dipartimento**

Il Comitato di Dipartimento, convocato dal Direttore del Dipartimento stesso, d'intesa con il Responsabile della Direzione Integrata, è costituito, in ottemperanza alle disposizioni vigenti, dai Direttori delle strutture complesse e dai Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale appartenenti a ciascun dipartimento.

Alle sedute possono essere inoltre essere invitati a partecipare, senza diritto di voto:

- a) i responsabili di strutture semplici facenti parte di strutture complesse appartenenti al dipartimento stesso;
- b) i responsabili di strutture, semplici o complesse, anche non appartenenti al dipartimento, ma con esso interagenti;
- c) i rappresentanti di enti, associazioni e categorie professionali che interagiscono con il dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento elabora proposte ed indicazioni in ordine a:

- a) regolamento del Dipartimento, modelli organizzativi e piano di attività annuale del dipartimento;
- b) promozione del razionale utilizzo del personale assegnato al dipartimento nell'ottica della integrazione dipartimentale;
- c) valutazione del fabbisogno di risorse di personale e strumentali, con definizione delle priorità;
- d) definizione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità degli interventi e dell'assistenza fornita;

- e) definizione dei piani di formazione del personale, delle attività di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- f) attribuzione di funzioni di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettive, di verifica e controllo, ai dirigenti non responsabili di struttura;
- g) individuazione dei criteri per l'elaborazione degli obiettivi e del conseguente sistema incentivante per il personale del Dipartimento.

## **Articolo 27**

### **Risorse di dipartimento**

Ad ogni Dipartimento vengono assegnate le risorse utili per lo svolgimento dell'attività in termini di strutture; personale; attrezzature; risorse economiche e, per quanto riguarda i Dipartimenti Ospedalieri, posti letto, fatti salvi i casi in cui, per motivi gestionali, l'attribuzione delle risorse viene effettuata ad altre articolazioni organizzative aziendali.

## **Articolo 28**

### **Regolamento di dipartimento**

Ogni Dipartimento, entro 90 giorni dall'approvazione del presente Atto Aziendale, approva, nell'ambito del Comitato di Dipartimento, il regolamento sul proprio funzionamento, da redigersi sulla base di quanto previsto nel presente Atto Aziendale e concernente i seguenti punti:

- a) composizione e finalità;
- b) funzioni, attività e metodologia di funzionamento;
- c) organizzazione ed articolazione dei livelli di responsabilità;
- d) programmazione delle attività e piani di lavoro;
- e) modalità di verifica della qualità;
- f) individuazione delle strutture complesse appartenenti ad altro Dipartimento con le quali è prevista una collaborazione funzionale;
- g) rapporti interfunzionali con gli altri livelli di governo aziendale;
- h) rapporti interfunzionali con organismi esterni alla A.S.L.

Il regolamento di dipartimento dovrà essere trasmesso alla Direzione Generale per le verifiche di competenza.

## **CAPO III AREE FUNZIONALI**

### **Articolo 29**

#### **Definizione di area funzionale**

L'area funzionale rappresenta una articolazione funzionale costituita dall'aggregazione di più strutture complesse e semplici, appartenenti al medesimo o a diverso dipartimento, finalizzata al raggiungimento di scopi comuni ovvero per ottimizzare le politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti in modo da massimizzare l'efficacia e la qualità delle politiche medesime.

Le aree funzionali possono essere organizzate in Dipartimenti Funzionali, così come descritti e disciplinati dalla normativa regionale di riferimento ovvero in Gruppi di Progetto (D.G.R. 11 dicembre 2000, n. 80 – 1700 e D.G.R. 5 luglio 2007, n. 59-6349).

### **Articolo 30**

#### **Obiettivi delle aree funzionali**

Le aree funzionali vengono istituite per rispondere alla necessità di valorizzare i rapporti tra le strutture aziendali che, seppur inserite in Dipartimenti strutturali differenti, operano in stretta sinergia.

Nell'ambito di specifiche linee guida predisposte dalla Direzione Generale verranno definiti i gradi di autonomia gestionale delle aree funzionali nonché l'eventuale assegnazione di risorse dedicate.

### **Articolo 31**

#### **Il Responsabile dell'area funzionale**

Il Responsabile dell'area funzionale viene nominato dal Direttore Generale ed è scelto fra i direttori delle strutture complesse ricomprese nell'area funzionale.

## **CAPO IV LE STRUTTURE OPERATIVE**

### **Articolo 32**

#### **Definizione di struttura operativa**

Le strutture operative si distinguono in strutture complesse e in strutture semplici.

### **Articolo 33**

#### **Le strutture complesse**

Le strutture complesse si qualificano per l'esercizio di processi organizzativi complessi e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche e finanziarie; infatti le strutture complesse:

- sono costituite nell'ambito dell'Azienda con riconoscimento di una specifica apicalità e sono individuate sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste, connotate da propria autonomia anche organizzativa nonché da proprie responsabilità clinico professionali o tecnico amministrative;
- esercitano funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settore di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare;
- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla Direzione Generale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'azienda;
- assicurano funzioni di produzione di prestazioni o di servizi che fanno riferimento a un sistema di conoscenze e competenze, normalmente riconducibili a discipline normativamente conosciute e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione trasversalmente a diverse strutture dell'azienda;
- sono oggetto di specifica assegnazione di risorse umane e materiali e il budget del centro di responsabilità/struttura complessa concorre unitamente a quello di altre strutture omogenee, affini o complementari, alla formazione del budget del Dipartimento.

Tra le strutture complesse particolare rilevanza assumono le Direzioni Sanitarie degli OO.RR. di Pinerolo e di Rivoli per lo svolgimento delle attività di integrazione e di coordinamento, per le quali si collocano in modo sovraordinato rispetto ai Dipartimenti strutturali operanti negli OO.RR. (D.G.R. 5 luglio 2007, n. 59-6349).

Ad esse potrà essere assegnato anche personale di supporto alle attività ospedaliere operante all'interno dei presidi.

## **Articolo 34**

### **Le strutture semplici**

Le strutture semplici si qualificano per l'esercizio di processi organizzativi semplici o per la compartecipazione a processi organizzativi complessi di cui altre strutture sono titolari.

Le strutture semplici possono essere articolazione di una struttura complessa ovvero essere collocate in staff alla Direzione Generale o ad un Dipartimento e la loro individuazione sarà legittimata esclusivamente nel caso in cui sussistono oggettivi motivi organizzativi nei termini sopra descritti.

## **CAPO V I DISTRETTI**

### **Articolo 35**

#### **Definizione di distretto**

Il Distretto, che in attuazione del P.S.S.R. vigente si configura come organizzazione a rete, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie individuate all'art. 3 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella delle direzioni integrate aziendali; la Direzione Integrata di riferimento garantisce l'omogeneizzazione delle attività tra i Distretti Aziendali.

### **Articolo 36**

#### **Attività del distretto**

Nei Distretti vengono poste in essere le seguenti attività:

- a) attività di tutela della salute collettiva;
- b) attività consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, integrate con quelle ospedaliere e con la pediatria di base;
- c) assistenza sanitaria di base, che comprende la medicina generale, la pediatria di libera scelta ed il servizio di continuità assistenziale;
- d) assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) attività finalizzate a garantire il diritto del cittadino all'accesso ai servizi sanitari (iscrizione al S.S.N, scelta e revoca del medico di medicina generale del pediatra di libera scelta, prenotazioni attività specialistiche, accettazione domande assistenza integrativa, ecc.);
- f) assistenza sanitaria all'estero ed assistenza ai cittadini non residenti, con domicilio sanitario nell'ambito territoriale del Distretto;
- g) attività sanitarie anche a rilievo sociale rivolte agli anziani ed ai disabili;
- h) integrazione operativa tra servizi sanitari e tra questi ed i servizi socio-assistenziali gestiti dagli enti locali.

Le attività di cui al capoverso precedente vengono poste in essere in coerenza con le disposizioni previste dal vigente P.S.S.R.

## Articolo 37

### **Direzione del distretto**

Il direttore del distretto si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della direzione dell'A.S.L.TO3, nonché delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Compete al Direttore, promuovere, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502/92 modificato ed integrato, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

A tal fine il Direttore del Distretto è responsabile dello svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
- b) gestione, organizzazione, coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie;
- c) allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali;
- d) gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto ed allocazione delle risorse assegnate;
- e) coordinamento e concertazione con gli organi tecnici e direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
- f) elaborazione della proposta relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;
- g) monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto, che deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione dell'A.S.L. TO3;

- h) assicurare un costante rapporto di collaborazione inter-distrettuale al fine di omogeneizzare i comportamenti e le procedure seguite a livello aziendale.

### **Articolo 38**

#### **Risorse del distretto**

Ad ogni Distretto sono assegnate le risorse utili per lo svolgimento dell'attività in termini di strutture; personale; attrezzature e risorse economiche.

### **Articolo 39**

#### **Regolamento di distretto**

Il Direttore Generale approva un regolamento che disciplina il funzionamento dei Distretti dell'A.S.L. TO3, anche al fine di realizzare omogeneità nelle procedure e nei servizi erogati nelle realtà distrettuali.

Il Regolamento del Distretto dovrà essere redatto sulla base di quanto previsto nel presente Atto Aziendale ed in particolare nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) flessibilità organizzativa in funzione dei processi produttivi e di tutela anche in base alle strategie aziendali;
- b) azione di tutela volta in particolare alla definizione di percorsi diagnostici e terapeutici tali da garantire all'utente la fruizione delle prestazioni evitando per quanto possibile la frammentarietà;
- c) ulteriore integrazione con i servizi socio assistenziali del territorio, in collaborazione con i rispettivi Enti Gestori finalizzata all'erogazione delle prestazioni previste per le attività sanitarie e sociali integrate.

### **Articolo 40**

#### **Comitati dei Sindaci di distretto**

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, di cui all'art. 3 quater del decreto leg.vo 502/1992, è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria ed è istituito in ciascuno dei distretti sanitari dell'A.S.L. TO3.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è composto da tutti i Sindaci dei comuni compresi nel distretto ed alle sue sedute partecipano con diritto di voto il presidente della provincia di Torino nonché i presidenti degli enti gestori dei servizi sociali; possono altresì partecipare, senza diritto di voto, il presidente

della Conferenza dei Sindaci dell'A.S.L. TO3, il direttore generale dell'A.S.L. TO3, il direttore di distretto ed il direttore dell'ente gestore dei servizi sociali.

Il Comitato dei Sindaci è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto e, fino alla sua nomina, le sedute del comitato sono presiedute dal sindaco del comune sede di distretto.

Il Comitato dei sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del direttore generale e del direttore del distretto.

Il Comitato è convocato dal suo presidente e/o da un terzo dei componenti del comitato, indicando gli argomenti da trattare con le relative proposte.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, nel rispetto di quanto stabilito dalla l.r. 18/2007, predispone il profilo e piano di salute e lo approva a maggioranza assoluta.

## **Articolo 41**

### **Profilo e piano di salute**

Il profilo e piano di salute, di seguito denominato PEPS, è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.

È compito del PEPS:

- a) definire gli obiettivi prioritari di salute e benessere;
- b) identificare tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici;
- c) attivare gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

L'A.S.L. TO3 fornisce l'assistenza necessaria, assicura la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione del PEPS e garantisce la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del distretto.

Il PEPS, che ha durata pari a quella del piano socio-sanitario regionale, si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento e deve essere redatto nel rispetto delle linee guida elaborate dalla Regione Piemonte.

## **Articolo 42**

### **L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è formato, secondo quanto disposto dall'art. 3 sexies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., dalle seguenti figure professionali:

- a) direttore di distretto;
- b) un rappresentante dei medici di medicina generale, eletto dai medici stessi tra quelli operanti nello stesso distretto che abbiano presentato la propria candidatura;
- c) un rappresentante dei pediatri di libera scelta, eletto dagli stessi pediatri tra i colleghi operanti nel distretto che abbiano presentato la propria candidatura;
- d) un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto, designato dagli stessi specialisti operanti nel distretto;
- e) un farmacista titolare o direttore di farmacia convenzionata con il SSN designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche private operanti nel distretto.

L'Ufficio è integrato, nelle materie afferenti all'area socio sanitaria dal direttore del consorzio, dal dirigente del servizio socio assistenziale designato dall'ente gestore delle funzioni socio assistenziali operanti nell'ambito distrettuale.

## **Articolo 43**

### **Attività dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali ha funzioni consultive e propositive relativamente alle seguenti attività:

1. supporto alle competenze assegnate al Direttore del Distretto, in particolare per quanto attiene all'elaborazione della proposta annuale relativa al Programma delle attività distrettuali;
2. coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, nell'ambito degli indirizzi strategici della direzione aziendale, del Programma delle attività territoriali-distrettuali e del budget attribuito per l'espletamento di tali attività;

3. coordinamento tecnico-operativo fra le attività socio-sanitarie di competenza dell'A.S.L. e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del Distretto;
4. supporto al Direttore del Distretto ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione, mediante la definizione di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori del processo, di risultato e di qualità;
5. promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali, finalizzate a soddisfare il reale bisogno di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
6. monitoraggio e valutazione di tutte le attività poste in essere nell'ambito del Programma delle attività territoriali-distrettuali nonché dell'attività e dei relativi costi indotti dai medici di base e dai pediatri di libera scelta;
7. definizione dei presupposti tecnico-operativi per la stipulazione della convenzione per l'esercizio delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario;
8. individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i medici di base ed i pediatri di libera scelta, nonché di procedure e modalità condivise di offerta dei servizi (sportelli unici all'utenza, accordi sulle sedi e sugli orari dei servizi di reciproco rilievo, uso di cartelle socio-sanitarie anche informatizzate, corsi di formazione e aggiornamento congiunti, continuità assistenziale).

#### **Articolo 44**

#### **L'Assistenza primaria**

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta operano in ambito distrettuale, concorrendo a garantire i livelli essenziali di assistenza in modo uniforme a tutti i cittadini.

L'integrazione della medicina generale nell'organizzazione distrettuale si realizza sul piano della programmazione e sul piano dell'attività:

- a) sul piano della programmazione: la programmazione dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta deve essere coerente con la programmazione delle attività distrettuali; in tal senso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta concorrono ad integrare l'organizzazione distrettuale nell'ambito della funzione di tutela della salute dei cittadini.
- b) sul piano delle attività: nell'ambito dell'assistenza primaria il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono tenuti a svolgere i

compiti delineati dai rispettivi AA.CC.NN., articolati in compiti con compensi a quota fissa, a quota variabile e con compensi aggiuntivi.

## **Articolo 45**

### **Servizi sanitari a rilevanza sociale**

I servizi sanitari a rilevanza sociale vengono esercitati attraverso l'integrazione tra le funzioni socio-sanitarie di competenza del distretto con quelle socio-assistenziali previste dagli enti locali e livello di distretto.

Le modalità organizzative per l'integrazione socio-sanitaria sono incentrate sullo strumento della convenzione fra l'A.S.L. e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

## **CAPO VI DECENTRAMENTO DI POTERI**

### **Articolo 46**

#### **Distinzione tra attività di indirizzo e di controllo ed attività gestionale**

L'A.S.L. TO3, in attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente ed al fine di un effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione della dirigenza, informa la propria organizzazione sulla base della distinzione tra:

- a) attività di indirizzo, programmazione e controllo, esercitati dal Direttore Generale con la collaborazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- b) attività gestionali, esercitate secondo gli incarichi di struttura ed i livelli di responsabilità assegnate alla dirigenza Medico-Veterinaria, Amministrativa, Tecnica, Professionale e Sanitaria non Medica.

### **Articolo 47**

#### **Autonomia e responsabilità dei dirigenti**

I dirigenti responsabili delle strutture aziendali, ciascuno per quanto di rispettiva competenza e nell'ambito dei budget assegnati, provvedono all'adozione di atti e provvedimenti amministrativi che impegnano l'amministrazione anche verso l'esterno.

Gli atti posti in essere dai dirigenti per lo svolgimento delle attività di diritto pubblico assumono la forma delle determinazioni dirigenziali.

Con apposito atto approvato dal Direttore Generale sono indicate le materie, le modalità di adozione, la forma, le modalità di controllo e di tenuta delle determinazioni dirigenziali.

La Direzione Generale, nell'ambito dell'attività di controllo ha il potere, anche avvalendosi di apposita struttura di controllo interno e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, di annullare d'ufficio ovvero revocare gli atti ed i provvedimenti amministrativi ritenuti illegittimi o inopportuni adottati dai dirigenti nonché assumere, rispetto agli atti gestionali di diritto privato invalidi o non convenienti, le iniziative consentite dal codice civile.

## **CAPO VII**

### **DISCIPLINA DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI**

#### **Articolo 48**

#### **Tipologia degli incarichi**

L'azienda può procedere al conferimento delle seguenti tipologie di incarichi:

- a) incarichi di responsabile di direzione integrata;
- b) incarichi di direzione di dipartimento strutturale;
- c) incarichi di direzione di area funzionale/dipartimento funzionale;
- d) incarico di direzione di distretto;
- e) incarichi di direzione di struttura complessa, con riferimento alle strutture individuate come "complesse" nel presente atto aziendale;
- f) incarichi di responsabilità di struttura semplice, con riferimento alle strutture individuate come "semplici" nel presente atto aziendale e successivi documenti;
- g) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- h) incarichi di natura professionale, con riferimento ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio, rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base della disciplina di appartenenza.

L'affidamento degli incarichi di cui sopra, nei casi consentiti dalla normativa, potrà essere effettuato anche mediante applicazione dell'art. 15 septies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., previa pubblicazione di apposito avviso all'Albo Pretorio e sul sito Internet Aziendale per almeno 15 giorni.

## Articolo 49

### **Principi generali per il conferimento degli incarichi**

L'azienda, nell'affidamento di tutti gli incarichi dirigenziali, si attiene altresì ai seguenti criteri integrativi:

- capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra aziendale, al possesso di tecniche di management;
- capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'azienda;
- capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali nella realizzazione degli obiettivi aziendali, in relazione a risultati conseguiti;
- riconosciuta sensibilizzazione alle strategie dell'umanizzazione e di tutela dell'utenza;
- frequenza e superamento dei corsi di formazione manageriale ex art. 16-quinquies del D.Lgs. 229/1999 e relativi in particolare all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni;
- partecipazione a corsi di aggiornamento professionale obbligatori e facoltativi;
- tipologia e durata di incarichi precedentemente svolti;
- svolgimento pregresso di mansioni superiori;
- "curriculum", con particolare riguardo alla natura e durata delle funzioni svolte negli ultimi cinque anni, alle caratteristiche e ai contenuti delle pubblicazioni, alla attività didattica, di sperimentazione o di ricerca, al possesso di esperienze e di conoscenze correlate all'incarico da conferire.

## **TITOLO V**

### **PROGRAMMAZIONE AZIENDALE**

#### Articolo 50

#### La Pianificazione Strategica

La Direzione Generale, coadiuvata dai responsabili delle direzioni integrate, adotta il metodo della pianificazione strategica delle proprie attività intesa come processo di correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

1. quella della individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio;
2. quella della individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale;
3. quella della valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
4. quella della conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti;
5. quella del "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

#### Articolo 51

#### Il processo di budget

Il processo di budget tende in particolare a definire a livello dei singoli centri di responsabilità individuati dal modello organizzativo dell'azienda obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto.

Il processo di budget ha l'obiettivo di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale.

Il Processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

1. Pianificazione strategica, di cui al precedente articolo 44;
2. Indirizzi di budget, ovvero definizione per ogni struttura complessa di quali sono le principali aree critiche e delle linee-guida per le proposte di budget;
3. Negoziazione ed assegnazione del budget;
4. Controllo dei risultati raggiunti, ovvero valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati; erogazione degli incentivi in funzione dei risultati raggiunti.

## Articolo 52

### I documenti di programmazione e di organizzazione aziendale

I documenti di programmazione e di organizzazione aziendale sono i seguenti:

1. Piano attuativo locale
2. Obiettivi aziendali annuali
3. Relazione socio sanitaria annuale
4. Piano di Organizzazione

1. **Il Piano attuativo locale**, rappresenta lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi impartiti dalla Conferenza dei sindaci, l'A.S.L. TO3 programma le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, quanto previsto dai PEPS di distretto e dai piani di zona; il piano attuativo locale ha la durata del piano socio-sanitario regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.
2. **Gli obiettivi aziendali**. All'inizio di ogni anno, il direttore generale in accordo con il direttore sanitario e il direttore amministrativo, in coerenza con la pianificazione strategica di cui al precedente articolo, individua gli obiettivi aziendali annuali.

Gli obiettivi aziendali vengono, inoltre, presentati nella Conferenza dei Servizi dell'A.S.L. TO3.

3. **La Relazione socio sanitaria aziendale** è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria aziendale, anche sulla base di un apposito insieme di indicatori di valutazione; è predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

La relazione socio-sanitaria aziendale è trasmessa alla Giunta regionale e alla Conferenza dei sindaci che esprime le proprie valutazioni e le trasmette alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del direttore generale.

4. **Il Piano di Organizzazione**, così come descritto all'art. 18 del presente atto.

## **TITOLO VI IL SISTEMA DEI CONTROLLI**

### Articolo 28

#### Il controllo di natura amministrativa e contabile

Il controllo ordinario di natura amministrativa e contabile, finalizzato a garantire il rispetto della legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa, fermo restando le competenze attribuite al Collegio Sindacale ex art. 3 del D.Lgs. 502/1992, è attribuito in via generale al Direttore Amministrativo dell'Azienda, il quale per il suo esercizio si avvale del supporto di apposita struttura prevista nel Piano di Organizzazione Aziendale di cui all'art. 18 del presente Atto Aziendale.

### Articolo 29

#### Il controllo di efficienza

Il controllo volto a verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati, è svolto da idonea struttura prevista nel Piano di Organizzazione Aziendale di cui all'art. 18 del presente Atto Aziendale.

### Articolo 30

#### La valutazione delle prestazioni del personale dirigente

La valutazione delle prestazioni del personale con qualifica dirigenziale è posta in essere dal Collegio Tecnico e dal Nucleo di Valutazione, entrambi costituiti con apposita deliberazione del Direttore Generale.

Il Collegio Tecnico è composto dal Presidente e da due esperti nominati dalla Direzione Generale; esso procede alla verifica e valutazione del personale con qualifica dirigenziale in merito a:

- a) attitudini e capacità professionali;
- b) livello di partecipazione ai programmi di formazione continua secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Il Nucleo di Valutazione procede alla valutazione annuale dei risultati di gestione di tutti i dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Il Nucleo di Valutazione ed il Collegio Tecnico si avvalgono per l'adempimento dei propri compiti istituzionali delle strutture aziendali.

#### Articolo 16

### Il controllo aziendale

La Direzione Generale per la valutazione e il controllo dell'attuazione della coerenza e della compatibilità degli obiettivi aziendali in attuazione delle direttive e sulla base degli atti di programmazione dell'Azienda, si avvale delle funzioni del Nucleo di Valutazione ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 286/99.

#### Articolo 17

### Controlli sulle attività strutturali e sanitarie

Le attività concernenti il rilascio, la modifica, la sospensione e la revoca dell'autorizzazione al funzionamento dei presidi socio-assistenziali nonché la vigilanza, la verifica ed il controllo dei requisiti gestionali e strutturali sui presidi socio-assistenziali previsti dalla normativa vigente, sono effettuati da una Commissione di vigilanza nominata con provvedimento del Direttore Generale.

La Commissione di vigilanza di cui al comma precedente è composta da personale dotato di competenza sanitaria/tecnica e da personale dotato di competenza socio-assistenziale; quest'ultimo sarà individuato con i soggetti gestori delle attività socio-assistenziali territorialmente competenti.

Le attività di vigilanza sulle case di cura previste dalla legge regionale n. 5/1987 vengono effettuate da apposita struttura prevista nel Piano di Organizzazione Aziendale di cui all'art. 18 del presente Atto Aziendale.

## **TITOLO VII**

### **PARTECIPAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE**

#### **Articolo 58**

##### **Le risorse umane**

Le risorse umane dell'A.S.L. TO3 rappresentano la componente fondamentale per la garanzia di riuscita della missione di servizio alla persona, in quanto costituiscono il principale veicolo per la realizzazione delle prestazioni e dei servizi sanitari.

La gestione delle risorse umane è un processo complesso che si esplica attraverso le seguenti fasi:

- a) pianificazione;
- b) reclutamento;
- c) allocazione;
- d) formazione;
- e) valorizzazione;
- f) valutazione;

La valutazione delle risorse umane costituisce la caratteristica essenziale ed ordinaria per la valorizzazione delle competenze e delle professionalità operanti in azienda.

#### **Articolo 59**

##### **Il rapporto con le Organizzazioni Sindacali**

L'A.S.L. TO3 informa le proprie scelte organizzative tenuto conto del processo di privatizzazione del rapporto di lavoro previsto dalla normativa vigente e dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e ispira la gestione delle relazioni sindacali ai seguenti criteri:

- a) riconoscimento delle risorse umane come componenti essenziali delle azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- b) riconoscimento del ruolo delle organizzazioni sindacali quale interlocutore rappresentativo delle istanze dei lavoratori;
- c) riconoscimento reciproco (azienda-sindacato) dei valori che stanno alla base del rapporto di lavoro;
- d) sviluppo delle capacità professionali, dell'organizzazione del lavoro e della sicurezza.

## **Articolo 60**

### **Gestione del rischio e Sistema Qualità Aziendale**

L'A.S.L. TO3 eroga le proprie prestazioni e servizi secondo modalità che promuovono la salute e il miglioramento della qualità facendosi nel contempo carico della "gestione del rischio", ovvero dell'insieme degli strumenti, dei metodi e delle azioni che consentono, attraverso fasi successive, di identificare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività sanitaria.

La promozione del Sistema Qualità nonché della "cultura del rischio" fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento viene posta in essere dalla Direzione Generale anche avvalendosi di apposita struttura aziendale.

## **Articolo 61**

### **Informazione, partecipazione e tutela dei cittadini**

L'A.S.L. TO3, nell'osservanza delle disposizioni normative ritiene di importanza strategica lo sviluppo della funzione di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni.

Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata l'attuazione della Carta dei Servizi predisposta e periodicamente aggiornata dall'Azienda.

La Direzione Generale si avvale di apposita struttura di Comunicazione con al suo interno un Ufficio Relazioni con il Pubblico per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- a) diffusione costante e capillare di informazioni e comunicazioni interne ed esterne sui servizi forniti dall'Azienda e sulle novità organizzative di interesse pubblico;
- b) accessibilità ai servizi da parte dell'utenza e la facilità di fruizione dei servizi stessi;
- c) attività di orientamento e di accoglienza del paziente/utente ai servizi sanitari e nelle strutture aziendali;
- d) individuazione di percorsi di tutela dei cittadini e la rilevazione del grado di soddisfazione sui servizi erogati.

## Articolo 62

### **Conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale**

A seguito del provvedimento della Giunta Regionale con la quale si istituisce e si disciplina la conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale nell'A.S.L. TO3, con deliberazione del Direttore Generale si assumono le determinazioni necessarie.